

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1022 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Mr. AYANAN Halima

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL Nassir 104, lot. AD,

N° 6 Hay ESSALAH

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. MIFDAL Matika**  
Médecine Générale  
36, Rue Korouf Hay Raha  
(Beauséjour) - Casablanca  
Tél : 05 22 36 64 49

Date de consultation : 22/02/2024

Nom et prénom du malade : Adnan Halima Age:

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/02/24	C		150 DH	Dr. MIFDA Malika Médecine Générale 36, Rue Krounai Hay Raha Casablanca 10000 Casablanca Tél: 0522 660806 INN 2047489

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UNIVERSITA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 660806 INN 2047489	22/02/24	11,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411		B 11433553	DATE DU DEVIS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mifdal Malika

Médeciné Générale

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2  
Hay Raha (Beausejour)  
CASABLANCA  
Tél.: 0522.36.64.48

الدكتورة مفضل مليكة

الطب العام

36, زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)  
الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522.36.64.48.

CASABLANCA, LE 22/02/2024

M<sup>me</sup> Adnan Halima

126,30 - Augmentin 1g  
10x21j

31,50 - Akmider 100mg  
10x31j

40,00 - Prednisolone 20mg  
10x30j + 5;

73,10 - Enlivit 100mg  
10x30j

140,00 - Odeco 20mg  
1 gel/j

10,60 - Dolokor 100mg  
10x21j

89,50 - A pixel spray 1 pub x 31j

511,30

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Dr. MIFDAL Malika  
Médecine Générale  
36, Rue Koroufai Hay Raha  
(Beausejour). Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

AUGMENTIN 1g/125 ml  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.

كبس. مرتة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الإفطار، خلال يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH  
LOT: 650346  
PER: 07/24

(R : système respiratoire)

#### DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

durée des toux sèches et

QUEL CAS NE PAS UTILISER  
N'EST PAS ENTRE UTILISE  
stituants.  
re.

O (traitement prescrit au cours d'un entretien avec votre pharmacien.)  
entre-indiqué pendant l'allaitement. Veuillez demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

#### RECAUTIONS D'EMPLOI

que (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnent d'une toux grasse. Dans ce cas, la toux est un moyen de bronchiques.

Il convient de prendre un médicament contenant du dextrométhorphan pendant votre grossesse, si elle soit pendant un temps bref (quelques jours) et aux doses recommandées.

Cependant, en fin de grossesse, la prise abusive de dextrométhorphan peut entraîner des effets néfastes chez le nouveau-né.

Il convient de toujours demander l'avis de votre médecin avant de prendre un médicament contenant du dextrométhorphan.

Ce médicament passe dans le lait maternel.

De trop fortes doses de dextrométhorphan administrées chez les femmes qui allaient peuvent entraîner des pauses respiratoires ou des baisses du tonus du nourrisson. En conséquence, la prise de ce médicament est contre-indiquée pendant l'allaitement.

#### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance notamment si vous prenez des IMAO (médicaments prescrits au cours de certains états dépressifs).

Ce médicament contient un antitussif le dextrométhorphan. D'autres médicaments en contiennent ou contiennent un autre antitussif. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées.

#### LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:

• Benzoate de sodium

• Saccharose : Adultes : 11,5 g par cuillère à soupe.

AKINDEX

SIROP ADULTES

MM: 218 DMP/21/NRQ  
LOT: 23150 PER: 07/2026  
PPV: 31,50 DH

PPV (DH):  
UT.AV:

40/00



PPC: 89,50 DH  
LOT:  
210697  
2024/09

